

Docteur André MAUER

267

1957

HERNIE INTERNE SUPRA-VÉSICALE

Contribution à l'étude des hernies internes

IMP. GEORGES LANG - PARIS

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES HERNIES INTERNES.

Docteur André MAUER

HERNIE INTERNE SUPRA-VÉSICALE

Contribution à l'étude des hernies internes

IMP. GEORGES LANG - PARIS



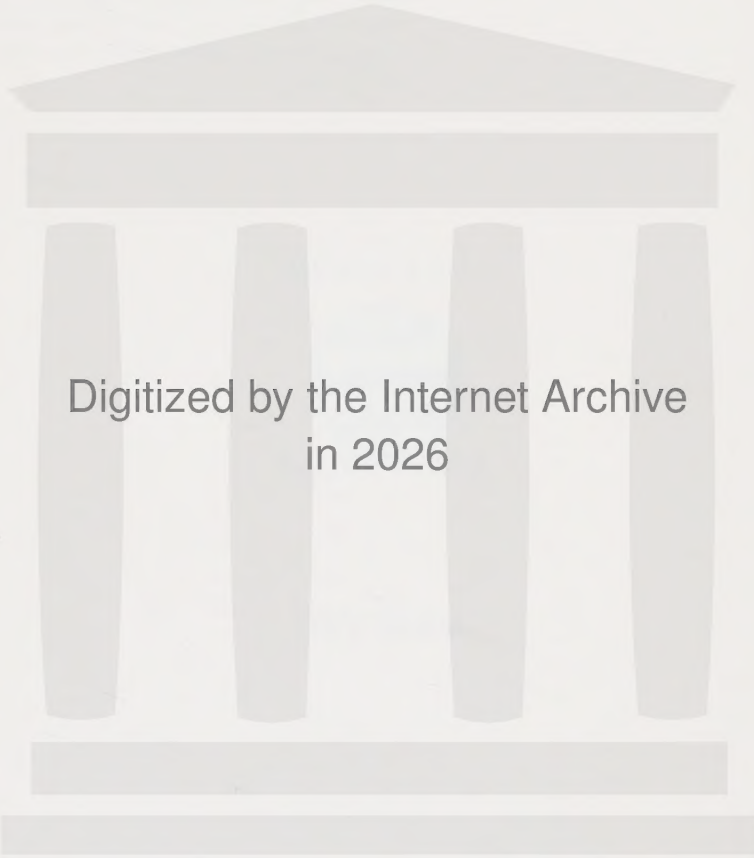
A MES PARENTS

Bien faible témoignage de ma vive affection et de ma profonde reconnaissance pour le grand effort qu'ils ont consenti pour moi.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MENEGAUX

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

*qui nous fait le très grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAZINGARBE

Chirurgien de l'hôpital de Montargis
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a aidé de ses conseils au cours de
sa réalisation.
En témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND GAUTHIER

*En témoignage de vive gratitude pour
l'aide, la compréhension et l'amitié qu'il
nous a toujours manifestées.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE MONTARGIS

MONSIEUR LE DOCTEUR EVRARD

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTELBON

MONSIEUR LE DOCTEUR SZIGETI

MONSIEUR LE DOCTEUR TRONC

MONSIEUR LE DOCTEUR BRIANT

*par leurs conseils, ils se sont acquis toute
notre reconnaissance.*

INTRODUCTION

A l'occasion de deux cas rares d'une variété de hernie interne que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de chirurgie de l'Hôpital de Montargis, il nous a paru intéressant, sur les conseils des docteurs Mazingarbe et Tronc qui ont opéré ces malades, de reprendre l'étude des hernies supra-vésicales, d'en colliger les observations publiées, de rapporter les nôtres, d'étudier les possibilités de diagnostic clinique, de préciser les caractères anatomopathologiques et la thérapeutique de cette affection.

HISTORIQUE ET OBSERVATIONS

Peu de cas de hernies internes supra-vésicales ont été rapportés dans la littérature. En un siècle et demi nous n'avons trouvé que 44 observations empruntées en majorité aux littératures allemandes et anglo-saxonnes. Depuis le compte rendu nécropsique de Havage en 1878, seulement 4 cas ont été décrits en France.

La première description anatomique de la fosse supra-vésicale a été faite par Waldeyer en 1874 et c'est Kronlein en 1875 qui a différencié les formes internes et externes de cette hernie.

Par contre, les dénominations sont multiples. Warvi et Orr en citent 22 sortes. Wilms l'appelle prévésicale. Waldeyer supra-vésicale, Klebs antérieure rétopéritonéale, Kronlein propéritonéale, Leser et Linhart hernie inguinale interne.

Nous adopterons le terme de supra-vésicale qui ne s'applique qu'au seul point d'origine du diverticule péritonéal sans préjuger de sa direction.

OBSERVATION n° 1. — Ring 1814.

Une femme de 23 ans, le jour avant ma visite, ressentit, après son repas, de violentes douleurs abdominales, soulagées lorsqu'elle se déshabillait. Le même soir, se trouvant mieux, elle marcha plusieurs heures, se reposant de temps en temps. Elle souffrait en position couchée et était soulagée debout. Mais ces alternances la fatiguaient beaucoup.

Durant la nuit, les douleurs augmentèrent et, lorsque je la vis, elle se plaignit d'une grande gêne dans la région épigastrique. Elle avait de fréquentes envies d'uriner. Ses urines étaient rouges et troubles. Ses mictions étaient douloureuses. Ses règles étaient devenues soudainement très abondantes.

Je lui administrais un purgatif salin et lui prescrivis un traitement antiphlogistique.

Le jour suivant, elle allait mieux, mais des vomissements apparurent. Elle prit des purgatifs salins et on lui administra un lavement.

Le troisième jour, les vomissements augmentèrent. Elle eut une selle. La douleur persistait, moins violente. Le purgatif et le lavement étaient répétés.

Le quatrième jour, elle pensait aller mieux, mais son poulx était toujours à 150. Le même traitement fut continué.

Le cinquième jour, l'abdomen était tendu et il n'était plus douloureux. Son faciès était vultueux, ses bras froids, son poulx à 160. Un autre médecin vint en consultation et prescrivit cinq grains de calomel et un lavement suivi d'un purgatif salin. A la suite de ce traitement, une diarrhée aqueuse se produisit.

Le sixième jour, reprise des vomissements et réapparition d'une douleur intense dans le côté gauche. Dans l'après-midi se produisit une débâcle diarrhéique.

Elle mourut dans la soirée.

A l'autopsie, l'abdomen était rempli de liquide. L'épiploon était très épaissi. A droite du pubis, où l'épiploon paraissait adhérer plus fortement, une partie de celui-ci, grosse comme un œuf de poule, était étranglée dans un sac herniaire et complètement mortifiée. Le sac herniaire reposait partiellement sur le bord du pubis et s'étendait sous la symphyse pubienne contre le col de la vessie. Comme aucune autre partie de l'épiploon n'était modifiée que celle qui se trouvait à l'intérieur du sac, je pensais que cela avait été produit par l'étranglement au niveau du collet du sac. Le sac lui-même devait avoir été provoqué par un accroissement inhabituel de la duplicature du péritoine au bord du petit bassin. L'intestin n'était pas modifié.

OBSERVATION n° 2. — Waldeyer 1874 (résumé).

Autopsie d'un homme.

A gauche de la paroi abdominale antérieure, dans la fosse inguinale médiane, on aperçoit une tumeur qui paraît être un lipome. Avec un instrument, on écarte les tissus et on voit maintenant que son extrémité pénètre dans un orifice limité latéralement par le ligament ombilico-vésical latéral, à la partie moyenne de l'artère ombilicale oblitérée. Cette tumeur se trouve dans un sac sous-péritonéal, entre le péritoine et le fascia transversalis. Sous l'orifice herniaire, situé entre le ligament ombilical médian et le ligament ombilical latéral, s'étend la fosse supra-vésicale. Il s'agit donc d'une hernie supra-vésicale.

OBSERVATION n° 3. — Havage 1878.

Un homme de 58 ans est hospitalisé le 5-12-1878. Il présente tous les signes d'un étranglement interne : constipation depuis 11 jours, vomissements de tous les aliments, faciès grippé, aphonie, extrémités froides, pouls petit. Tout ceci était survenu lentement depuis 11 jours.

Dans les antécédents, rien à signaler du point de vue digestif. Depuis 15 ans, il portait un bandage inguinal et n'avait jamais eu d'accident au niveau de sa hernie.

A l'examen, les testicules sont à l'anneau, indolores et notablement atrophiés. Du côté droit, sur le testicule, on sentait une petite hernie, molle, non douloureuse, qui se réduisait et permettait au doigt d'atteindre le canal inguinal. Le ventre n'est pas ballonné, il est de forme régulière et de sonorité semblable. Les anses ne font pas saillie et la palpation ne met pas en évidence de tumeur. Le toucher rectal est négatif.

Devant l'impossibilité d'un diagnostic, il est traité médicalement.

Le 6-12-1878, surviennent des vomissements fécaloïdes quelque peu fétides et, le 7 au soir, il meurt, au milieu d'accidents de péritonite, après émissions de deux selles liquides et abondantes.

A l'autopsie, la cavité abdominale est remplie d'un liquide fécal. Le péritoine est vivement infecté. Dans la région inguinale droite, la hernie que l'on sentait est une hernie graisseuse située en dedans du cordon. Du côté du péritoine, on voit qu'une portion de l'intestin grêle est herniée et que le bout supérieur, dilaté, présente près du collet une perforation pouvant admettre un pois. L'artère ombilicale longe le bord externe du collet du sac, c'est-à-dire que la hernie s'est faite dans la fosse vésico-pubienne, dans l'espace compris entre l'artère ombilicale et la vessie. Si maintenant on décolle le péritoine, on constate que la hernie, qui est du volume d'une petite noix, n'a pas franchi le fascia transversalis : elle est donc sous-péritonéale. Elle est constituée par un sac complet dont le collet est formé par l'adossement du péritoine replié sur lui-même. Les deux feuillets ainsi adossés sont épaissis et réunis par de solides adhérences et c'est ce collet qui est la cause de l'étranglement. Le diamètre du collet est assez grand pour admettre l'extrémité du petit doigt. Il s'ensuit que l'étranglement n'est pas complet. Le sac étant ouvert, on voit que l'intestin a commencé à contracter des adhérences avec lui, non seulement au niveau du collet, mais dans une grande étendue du corps.

OBSERVATION n° 4. — Luppo 1881 (résumé).

A l'autopsie d'un homme de 50 ans, découverte d'une hernie oblique interne et supra-vésicale. A droite de l'ouraque et à gauche de l'artère ombilicale se trouve le collet.

OBSERVATION n° 5. — Brentano 1894 (résumé).

Un homme de 45 ans est hospitalisé pour un syndrome occlusif survenu depuis 3 jours.

L'examen montre un abdomen ballonné, du péristaltisme. La palpation ne met pas en évidence de tumeur, mais une tension et une sensibilité du muscle droit abdominal au-dessous de l'ombilic.

Il n'y a pas de signes urinaires.

La laparotomie médiane sous-ombilicale montre une anse grêle de 8 cm incarcerated dans un orifice gauche large, à 2 cm de la ligne médiane. Le sac a environ 4 cm de profondeur.

Guérison.

OBSERVATION n° 6. — Ashoff 1896.

Un homme de 61 ans est hospitalisé. Il porte une hernie inguinale droite réductible.

Depuis 2 jours, il présente des signes d'occlusion intestinale. Mauvais état général. Vomissements fécaloïdes. L'examen montre un abdomen météorisé, des anses intestinales apparentes. Il présente une sensibilité abdominale générale à la pression. Au-dessus de la symphyse, on sent une résistance large, diffuse, avec matité relative.

Les orifices herniaires sont normaux.

Le toucher rectal ne montre rien.

Diagnostic : occlusion intestinale par étranglement dans un anneau interne. Opération. Incision médiane suspubienne. A gauche de l'incision, une anse

grêle se trouve incarcérée dans une fente péritonéale. Le doigt pénètre dans une poche qui s'étend dans la région de l'orifice inguinal interne. Cependant, aucune continuité avec l'orifice inguinal, aucune réduction en masse, aucune hernie propéritonéale ne sont notées. L'orifice paraît s'étendre à côté du repli ombilical latéral vers la ligne médiane. Aucune continuité n'apparaît avec le ligament ombilico-vésical. La vessie au fond du petit bassin, le sac herniaire paraît s'être développé latéralement vers la fossette inguinale médiane.

La poche fut reséquée, la paroi fermée.

Guérison.

OBSERVATION n° 7. — Kaufmann 1897.

Une femme de 69 ans est hospitalisée le 23-9-1897. Le début des troubles remonte au 21-9-1897, marqué par de nombreuses poussées d'urines. Elle urine cependant bien et les mictions sont surtout provoquées par une douleur dans la région inguinale droite. Puis apparaissent des vomissements et un arrêt des matières et des gaz.

Elle porte une hernie inguinale droite depuis 2 ans.

L'examen montre un état général très mauvais. Il n'y a ni météorisme, ni contracture. Les orifices inguinaux sont normaux. La palpation permet de sentir le sommet d'une anse grêle dont on suit facilement les contours et qui ne se laisse pas entièrement réduire. Il existe une forte douleur abdominale.

Le toucher vaginal permet de sentir, à côté de l'orifice inguinal droit interne, une résistance arrondie, sensible. Les mictions sont toujours douloureuses et les urines furent rougeâtres une fois.

Le pouls est à 180.

Diagnostic : hernie propéritonéale.

Opération : incision verticale au bord externe du muscle droit jusqu'au ligament inguinal. Après l'ouverture du péritoine, on sentait une tumeur devant la paroi antérieure du bassin, à la partie droite de la vessie.

Guérison.

OBSERVATION n° 8. — Mayde 1898 (résumé).

Homme. - Hernie inguinale gauche. - Signes d'occlusion depuis quelque temps. - Pas de signes urinaires.

La laparotomie met en évidence une anse grêle incarcérée dans un orifice droit, entre le ligament ombilical médian et le ligament ombilical latéral. Le sac est supra-vésical et préperitonéal.

OBSERVATION n° 9. — Calabi et Gaïardoni 1904 (résumé).

Un homme de 60 ans eut, il y a un an, un choc dans le bas-ventre, suivi, pendant plusieurs jours, de violentes douleurs.

Plus tard, début d'un syndrome occlusif avec poussées d'urines. Puis une occlusion aiguë, suivie de péritonite, provoquait son décès peu après son hospitalisation.

À l'autopsie, on trouve une anse grêle incarcérée dans un orifice situé près du sommet de la vessie, à côté de l'ouraqué. Au voisinage de cet orifice, le muscle gangrène et péritonite. Le sac herniaire se trouve sur le côté de la vessie.

OBSERVATION n° 10. — Blum 1904 (résumé).

Un jeune homme de 23 ans était soigné depuis plus d'un an pour ce que l'on croyait être une blennorragie. Toute son histoire est purement urologique, faite de brûlures à la miction. Après de nombreux traitements médicaux, Blum lui fait une cystoscopie. A sa grande surprise, il trouve une masse arrondie refoulant le dôme vésical dans une muqueuse rose pâle normale.

L'observant plus attentivement, cette masse lui apparaît animée de mouvements rappelant les mouvements péristaltiques de l'intestin.

A l'intervention, il trouve une hernie supra-vésicale médiane du grêle.

Guérison.

OBSERVATION n° 11. — D'All Acque 1907 (résumé).

Découverte au cours d'une cure de hernie inguinale bilatérale, d'une hernie supra-vésicale qui ne s'était manifestée par aucune symptomatologie.

OBSERVATION n° 12. — Jaehme 1907 (résumé).

Homme de 22 ans. Il y a 14 jours, il a présenté une crise douloureuse abdominale avec vomissements l'obligeant à se coucher. Depuis 6 jours, les troubles étaient plus accentués. Il souffrait debout et était soulagé en position couchée. Il n'y avait pas de signes urinaires.

L'examen ne montrait rien : 11 000 globules blancs.

Diagnostic : appendicite-péritonite.

La laparotomie médiane sous-ombilicale faite au sixième jour met en évidence une anse grêle de 20 à 25 cm, incarcérée dans un orifice de la fosse supra-vésicale droite. Le sac s'enfonce dans l'espace prévésical.

L'intestin était nécrosé. Résection intestinale.

Guérison.

OBSERVATION n° 13. — Reich 1909 (résumé).

Un homme de 74 ans est hospitalisé pour des crises occlusives datant de 15 jours, mais plus intenses depuis 11 jours. Il n'y a pas de signes urinaires.

L'opération permet de voir une anse grêle de 11 cm incarcérée dans un orifice droit et comprimée dans un sac de la grosseur d'une pomme.

Suture de l'orifice. Fermeture de la paroi.

Mort.

OBSERVATION n° 14. — Reich 1909 (résumé).

Un homme de 61 ans est hospitalisé le 8 juin 1908. Depuis 20 ans, il présente une hernie inguinale droite et gauche et une hydrocèle droite.

Depuis 3 jours, il présente des signes d'occlusion : douleurs abdominales, arrêt des matières et des gaz. Il y a 2 ans, il commença à avoir quelques troubles urinaires : gêne à la miction et pollakiurie.

L'examen ne met pas en évidence de tumeur.

Il est opéré 4 jours après son hospitalisation. Une anse grêle de 10 cm est incarcérée dans un orifice situé à gauche du ligament vésico-ombilical médian.

Mort.

OBSERVATION n° 15. — Fromme 1909 (résumé).

Un homme de 59 ans est porteur, depuis 10 ans, d'une hernie crurale droite et d'une hernie inguinale gauche.

Il y a 14 jours, il a ressenti de violentes douleurs abdominales survenant par crises. Celles-ci sont devenues plus intenses depuis 4 jours et la douleur s'est localisée à gauche et dans la région hypogastrique. Il s'y associe des signes d'occlusion. Il présente quelques troubles urinaires depuis, mais les urines sont normales.

L'examen est négatif.

Opération : une anse grêle de 10 cm est incarcérée dans un orifice gauche et comprimée dans un sac situé entre la symphyse et la vessie.

Guérison 13 jours après l'intervention.

OBSERVATION n° 16. — Weil 1913 (résumé).

Procès-verbal d'autopsie. Le cadavre présente une hernie supra-vésicale interne dont le collet se trouve au sommet de la vessie dans un triangle compris entre les ligaments vésico-ombilicaux médian et latéral. Le sac se trouve dans l'espace de Retzius.

OBSERVATION n° 17. — Bayer 1922.

Un homme de 58 ans avait, depuis des années, une hernie inguinale droite soutenue par un bandage herniaire. Alors que sa hernie ne se réduisait soi-disant plus et qu'il avait eu presque un jour durant des nausées et des éructations, le 1^{er} décembre 1921, il ressentit de fortes douleurs dans le bas-ventre et vomit. Ces symptômes s'atténuèrent bientôt, de sorte que, le jour suivant, ne persistaient qu'une simple irritation et une légère sensibilité abdominale.

Lorsque je le vis, je ne trouvai qu'un météorisme important du bas-ventre sans aucune constatation à la palpation. La hernie ne sortait pas. Aucune tumeur n'était palpable.

Un lavement huileux, au troisième jour, ne ramenait qu'une selle molle et peu abondante et ne produisait pas d'autre changement.

Au quatrième jour, des vomissements abondants apparaissent, accompagnés de violentes douleurs que le malade localisait essentiellement dans le bas-ventre. La palpation forte ne montrait qu'une sensibilité douloureuse et une tension diffuse.

La radiographie ne montrait rien.

Le 5 décembre 1921, il est opéré. Par une incision médiane, on vit aussitôt la situation. Une anse grêle dilatée s'enfonçait verticalement près du sommet de la vessie pour disparaître dans un orifice péritonéal arrondi. De celui-ci sortait, en arrière de l'anse dilatée, une anse collabée. L'orifice de 5 cm un peu décalé à droite par rapport au milieu, se trouvait derrière la symphyse, à environ deux doigts d'une grosse tumeur, grosse comme un citron, juste au-dessus du sommet de la vessie, le cæcum et l'appendice se trouvaient en arrière et à droite, le rectum en arrière et à gauche. Le tout donnant l'impression que l'anse était située dans une excroissance. L'anse, presque incisée, put être libérée par section du bord du collet : elle était gangrenée.

L'excroissance au-dessus du sommet de la vessie s'affaissa et l'on vit une poche profonde contenant un liquide brunâtre et malodorant qui fut recueilli dans des compresses.

La poche fut tamponnée et nettoyée avec des compresses stériles. L'anse fut réséquée et enlevée.

Une sonde métallique fut mise dans la vessie. L'examen du sac montra qu'il s'enfonçait à côté de la face droite de la vessie, en avant de la cavité du petit bassin et qu'il se terminait en cul-de-sac au sommet de la prostate.

Je regrettai de ne pouvoir poursuivre l'examen en raison du mauvais état du malade, qui exigeait une prompte terminaison de l'opération, pour trouver les rapports du sac avec le canal inguinal. En l'explorant au doigt, je ne pus trouver aucune continuité avec celui-ci.

Il ne fallait pas penser à une résection du sac. Il fut tamponné avec une mèche iodoformée et son orifice fut suturé. La paroi abdominale fut fermée.

Malgré l'utilisation des moyens habituels, le malade ne se remit pas et mourut deux semaines environ après l'opération.

OBSERVATION n° 18. — Vogler 1925.

Un homme de 58 ans a été opéré d'une hernie inguinale au printemps 1925.

Depuis 6 semaines, dans cette même région, apparaît une nouvelle tumeur herniaire qui s'accroît progressivement.

Il est hospitalisé le 6 août 1925.

A l'examen, on note, dans la région inguinale gauche, une grosse tumeur au-dessus de laquelle se trouve la cicatrice lisse et oblique de l'opération précédente. Cette tumeur est réductible en partie. Au-dessus de celle-ci, on en palpe avec peine une autre.

Diagnostic : hernie inguinale interne.

Opération. Laparotomie sous-ombilicale. Libération d'une grosse tumeur graisseuse qui se trouve près de l'origine du cordon. Le sac fut ensuite ouvert latéralement et le doigt introduit par cette incision permet de sentir battre l'artère épigastrique à la partie latérale de cette tumeur. Un cordon le sépare en deux et peut être suivi le long de la paroi abdominale en haut et en dedans : c'est donc le ligament vésico-ombilical latéral qui divise le sac en deux. De plus, l'orifice primitif dédoublé est placé, d'une part en dedans de l'artère épigastrique, d'autre part en dedans du bord latéral de la vessie. La division est donc uniquement formée par le bord vésical. Il s'agissait bien d'une hernie inguinale interne avec un prolongement supra-vésical.

OBSERVATION n° 19. — Schiele 1926 (résumé).

Un homme de 64 ans est hospitalisé le 6 août 1924 pour occlusion intestinale ayant débuté le 31 juillet 1924 et associée à des difficultés pour uriner. Il présente une hernie inguinale gauche.

Opération : une anse grêle est incarcérée dans un orifice de 1,5 cm situé entre le ligament ombilical médian et le ligament ombilical latéral gauche. Le sac, de la grosseur d'une mandarine, est situé dans l'espace prévésical.

Fermeture du collet et de la paroi.

Guérison.

OBSERVATION n° 20. — Belu 1926 (résumé).

Un homme de 32 ans est hospitalisé pour occlusion intestinale.

Opération : laparotomie sous-ombilicale. Anse grêle derrière la symphyse. Incision du sac. Libération de l'anse et résection (entéro-anastomose terminale). Le sac se termine en cul-de-sac au-dessus de la prostate, sans communication avec les orifices inguinal et crural, résection et suture. Fermeture de la paroi.

Guérison, mais, 4 mois après, péritonite pour rupture de l'anastomose. Nouvelle résection. Mort à la 24^e heure.

OBSERVATION n° 21. — Kudrnac 1926 (résumé).

Homme de 25 ans hospitalisé le 18 juin 1926. Rien dans ses antécédents.

Depuis longtemps déjà, il présentait des crises douloureuses abdominales.

Le 15 juin 1926, il souffrit de nouveau dans le flanc droit — douleur irradiant dans la cuisse droite. Il est légèrement constipé et l'évacuation des gaz se fait mal.

Le jour suivant, légère accalmie mais, dans la soirée, les douleurs deviennent plus intenses et insupportables.

A l'examen, le ventre est ballonné, tendu et sensible, surtout dans la région hypogastrique. Dans la région crurale se trouve une tumeur grosse comme une pomme, rénitente et sensible à la pression.

Il fut opéré pour hernie crurale étranglée.

Le lendemain, il n'allait pas mieux. Il se mit à vomir.

Il fut réopéré sous anesthésie générale. Laparotomie médiane. La cavité abdominale était pleine de liquide. Les anses étaient dilatées et hyperhémées. A côté du sommet de la vessie, une anse dilatée s'enfonçait dans un orifice droit. Par une traction légère, l'anse fut libérée, nécrosée sur 20 cm, elle fut réséquée.

La poche située à côté de la vessie s'étendait vers le bas contre la paroi du bassin et n'avait pas de continuité avec le canal crural. Elle fut réséquée.

Guérison rapide.

OBSERVATION n° 22. — Kudrnac 1926 (résumé).

Une femme de 46 ans est hospitalisée pour un syndrome occlusif associé à des troubles urinaires.

L'intervention met en évidence, dans le péritoine, un orifice à droite de l'ouraque dans lequel pénètre une anse de 8 cm.

Guérison.

OBSERVATION n° 23. — Watschugoff 1931 (résumé).

Homme de 29 ans. Douleurs abdominales depuis 24 heures. Arrêt des gaz.

L'examen montre une tension des muscles abdominaux au-dessous de l'ombilic.

Sous le diagnostic d'incarcération du grêle dans une poche péritonéale, il est opéré. Incision médiane sous-ombilicale. En avant de la paroi abdominale, à gauche de l'ouraque, se trouve une anse grêle dans une poche péritonéale. Libération de l'anse. Fermeture de la poche qui admet aisément l'index, par un point en bourse.

Guérison en 11 jours.

OBSERVATION n° 24. — Watschugoff 1931 (résumé).

Un homme de 50 ans est hospitalisé pour douleurs abdominales basses, hoquet et vomissements, survenus depuis 4 jours.

L'abdomen est ballonné. L'état général est altéré.

Quatre jours après, il est opéré. Une anse grêle de 12 à 15 cm, thrombosée dans son mésentère, est incarcérée dans un orifice à droite de l'ouraque. Libération de l'anse. Fermeture de l'orifice par un point en bourse.

Guérison en 11 jours.

OBSERVATION n° 25. — Watschugoff 1931 (résumé).

Un homme de 24 ans présente, depuis 24 heures, des douleurs abdominales croissantes, des nausées, des vomissements et un arrêt des matières et des gaz.

L'état général est altéré. Le ventre est ballonné, mais souple.

Les orifices inguinaux sont normaux.

Diagnostic : ileus.

La laparotomie médiane met en évidence une anse grêle située dans une poche de la fosse supra-vésicale, à gauche de l'ouraque. Libération de l'anse. Fermeture de l'orifice par un point en bourse.

Guérison en 12 jours.

OBSERVATION n° 26. — Walker 1933.

Un homme de 63 ans est hospitalisé le 3 janvier 1930 pour douleurs abdominales et vomissements survenus deux jours avant.

Les vomissements, d'abord clairs, deviennent foncés. Arrêt des matières et des gaz depuis le début, malgré un lavement. Pas d'autre symptôme que des mictions fréquentes depuis quelques années.

A l'examen, l'abdomen est considérablement ballonné, souple, sans spasme et sans péristaltisme. Les orifices herniaires sont normaux. Le toucher rectal ne montre rien. L'état général est très atteint. Le pouls est à 120, la respiration à 25, la tension artérielle 134-80.

Diagnostic : occlusion intestinale de cause indéterminée.

L'intervention est faite sous anesthésie rachidienne. Une anse iléale est étranglée dans un sac péritonéal près du sommet de la vessie, à droite du ligament ombilical. Une incision faite au bord péritonéal du collet libère l'anse foncée, mais normale. Le collet avait 2 cm. Le sac, profond de 5 cm, s'étendait dans l'espace prévésical. Le collet fut débridé et suturé. Une jejunostomie fut installée à cause de l'atteinte de l'état général.

Guérison et, le 28 janvier 1930, une cystoscopie ne montra rien.

OBSERVATION n° 27. — Walker 1933.

Un homme de 58 ans est hospitalisé le 10 novembre 1929 pour douleurs abdominales et vomissements. Il disait que, depuis 4 jours, sa hernie inguinale gauche, qu'il avait depuis plusieurs années, était devenue douloureuse. Les douleurs, à type de crampe, durèrent 24 heures puis, après un repos de 18 heures, elles revinrent. Six heures après cette nouvelle crise, il vomit. Les vomissements, d'abord clairs, devinrent foncés et fétides. Un lavement provoqua l'évacuation de gaz.

Il urinait assez souvent auparavant.

A l'examen, le ventre est ballonné, souple, avec des mouvements péristaltiques. Les orifices herniaires sont normaux, sa hernie subit une impulsion à la toux.

Le toucher rectal montre une prostate un peu grosse.

Pouls 110. Tension artérielle 118-80.

Globules blancs : 12 000.

Diagnostic : occlusion intestinale d'origine indéterminée.

Opération. Laparotomie sous anesthésie rachidienne. On découvre dans le péritoine antérieur un orifice de 2 cm, à droite du ligament ombilical, juste en avant du fond de la vessie. L'incision du bord péritonéal du sac, profond de 5 cm dans l'espace prévésical, libère une anse intestinale normale. Le collet ne put être débridé et fut simplement fermé au catgut.

Guérison. Les mictions sont redevenues normales.

OBSERVATION n° 28. — Ovnatjan 1935 (résumé).

Homme de 65 ans. Hernie inguinale droite. Syndrome occlusif depuis 3 jours. Anse grêle dans un sac péritonéal dont le collet à droite est fibreux.

Mort un jour après l'intervention, de défaillance cardiaque.

OBSERVATION n° 29. — Wildegans 1935.

Homme de 75 ans. Douleurs abdominales. Envies d'uriner et douleurs à la miction.

Anse grêle dans un sac péritonéal, à droite de l'ouraque, près du sommet de la vessie. Libération de l'anse. Excision du sac.

Guérison.

OBSERVATION n° 30. — Finsterer 1937 (résumé).

Un homme de 75 ans présente une crise abdominale douloureuse avec vomissements et arrêt des matières et des gaz. Il se plaignait surtout de douleurs dans les 4 membres.

L'examen clinique est négatif.

La radiographie montre des niveaux liquides et une énorme dilatation gastrique. L'estomac était étranglé par une tumeur.

Pensant à une occlusion par hernie étranglée dans l'arrière cavité des épiploons, le malade est opéré à la trentième heure, sous anesthésie locale. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Or, l'arrière cavité est libre. Devant l'estomac, les anses dilatées restent à distance du repli duodeno-jejunal et disparaissent vers la région inguinale.

Croyant alors à la réduction en masse d'une hernie inguinale, le chirurgien fait une incision inguinale sans obtenir de meilleurs renseignements jusqu'à ce qu'il perçoive en bas et au milieu du petit bassin, une tumeur mal déterminée.

Une troisième incision médiane sous-ombilicale est faite et permet d'apercevoir un sac latéro et rétro-vésical, entre les ligaments vésico-ombilicaux médian et latéral dans lequel s'est encastrée une anse grêle.

Libération de l'anse. Résection de 20 cm d'intestin et suture latéro-latérale. Guérison sans complication.

OBSERVATION n° 31. — Stalker et Gray 1939.

Un charpentier de 61 ans est admis le 30 novembre 1939. Il présente une hernie inguinale droite depuis 4 ans, bien réductible, mais ayant nécessité le port d'un bandage il y a 2 semaines.

Trois jours avant son hospitalisation, peu après son repas du soir, il ressentit une violente douleur hypogastrique avec tenesme vésical et rectal. Une petite miction le soulageait temporairement, mais les douleurs persistèrent. Un lavement provoqua l'émission de gaz, mais sans le soulager davantage. Peu après, il vomit.

Le lendemain matin, il allait mieux. Il prit un purgatif salin. Quelque temps après, nausées, vomissements et douleurs à type de crampe apparaissaient.

Ces symptômes s'accrochèrent jusqu'au jour de son admission : douleurs abdominales basses à type de crampes irradiant vers l'épigastre, nausées, vomissements fœcés et fétides, arrêt des gaz depuis 24 heures.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, souple, avec un léger péristaltisme dans sa partie inférieure. La hernie inguinale droite, large, avec une anse intestinale, ne paraît pas entièrement réductible.

Les urines sont normales.

Taille, 180 cm. Poids 100 kg. Tension artérielle, 160-90. Pouls, 80. Leucocytes, 11 000.

La radiographie montre une distension gazeuse du grêle.

Diagnostic : occlusion du grêle de cause indéterminée.

Opération. Anesthésie rachidienne. Hernio laparotomie droite.

La hernie inguinale indirecte présente un orifice de 2 cm et un sac contenant une anse grêle d'apparence normale.

Elle est facilement réduite.

Pas de réaction dans le sac, mais l'abdomen est rempli d'un liquide séreux, fluide, ambre et opaque.

L'incision est agrandie. Sur le péritoine se trouve un orifice de 1 cm situé à 2 cm du ligament ombilical droit juste en avant du fond de la vessie. Le sac est incisé et l'anse de 15 à 20 cm libérée. Le sac profond de 5 cm limité par le péritoine s'enfonce en avant de la vessie dans l'espace prévésical. N'ayant pu être réséqué, il fut simplement fermé.

La hernie inguinale droite est réparée. Une sonde urinaire est mise en place pour éviter une distension.

Guérison.

OBSERVATION n° 32. — Warvi et Orr 1940 (résumé).

Un homme de 67 ans présentait depuis 4 jours des douleurs abdominales et des troubles de la miction. Deux semaines auparavant, il avait déjà ressenti quelques douleurs.

A l'examen, le ventre est un peu ballonné et sensible dans la région hypogastrique. Les orifices herniaires sont normaux.

Le toucher rectal : prostate un peu grosse et sensible.

La radiographie montre des niveaux liquides. Le lavement baryté montre des images de diverticule et aucune autre image pathologique.

Opération 6 jours après son admission. Laparotomie transrectale au-dessous de l'ombilic. L'intestin grêle se trouve dans un sac de 6 cm situé entre la symphyse et la vessie. Le collet a 2 cm et se trouve près du ligament ombilical médian. L'intestin est libéré.

L'orifice est fermé.

La mort survient au 7^e jour par broncho-pneumonie, mais au 5^e jour, le ventre était plat.

OBSERVATION n° 33. — Berson 1943.

Un charpentier de 42 ans est hospitalisé le 14 janvier 1941. Le début, onze jours avant, avait été marqué par des douleurs violentes, épigastriques irra-

diant dans la fosse iliaque et l'hypogastre. Pendant 4 jours, ce furent les seuls symptômes et ils s'accompagnaient de diarrhée.

Il eut alors une nouvelle crise très intense qui le pliait en deux et qui ne dura que quelques heures. Jusqu'au 24 janvier 1941, il ne ressentit plus rien, mais à 21 h de ce jour, il présenta, de nouveau, de violentes douleurs péri-ombilicales avec nausées et vomissements. Il disait de plus que lorsqu'il essayait de se redresser, il souffrait dans la région ombilicale et que lorsqu'il se penchait, c'était dans la région hypogastrique.

Il n'avait pas de troubles urinaires.

A l'examen, la température, le pouls, la respiration sont normaux. Les jambes sont fléchies. Il n'y a ni ballonnement abdominal, ni masse perceptible. La fosse iliaque droite est souple. Il existe une tension légère du droit abdominal droit et quelques spasmes un peu plus bas.

Au toucher rectal, la prostate est un peu dure.

La cystoscopie est douloureuse.

16 800 globules blancs, dont 86 % de polynucléaires neutrophiles.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération. Incision au Mac-Burnay. L'appendice est rétrocaecal et mesure 6 cm, mais, ceci ne paraissant pas suffisant pour expliquer le tableau clinique, l'incision est agrandie pour explorer le petit bassin. Entre le ligament ombilical médian et le ligament ombilical latéral, sur le péritoine antérieur, juste à côté de la vessie, se trouve un orifice. Dix centimètres d'intestin grêle y sont incarcérés et comprimés dans un sac de 6,5 cm plongeant dans l'espace prévésical.

Libération de l'anse. Pas de résection. Le sac est laissé en place et l'orifice fermé. Fermeture de la paroi.

Guérison.

OBSERVATION n° 34. — Grassmann 1943 (résumé).

Une femme de 59 ans est hospitalisée le 23 décembre 1941. Depuis 3 ans, elle présentait des crises abdominales douloureuses basses et droites à type de crampe. Il y a un an, elle devait se faire opérer pour une appendicite, mais allant mieux, elle ne le fit pas.

Dans les 3 derniers mois, elle avait perdu 7 kg.

Depuis 14 jours, les douleurs abdominales étaient intenses et persistantes.

Les examens étaient répétés du 23 décembre au 29 décembre 1941. Ils montraient une sensibilité du bas ventre droit. Dans la partie inférieure droite de l'abdomen, on percevait une tumeur régulière, élastique, tendue, du volume d'un petit poing. Rien à signaler par ailleurs. Les urines étaient normales.

Opération le 30 décembre 1941. Laparotomie médiane.

Découverte d'une anse grêle incarcérée dans un orifice de 1,5 cm entre le ligament ombilical droit et l'ouraque et comprimée dans un sac entre la symphyse et la face antérieure de la vessie.

OBSERVATION n° 35. — Downing 1945 (résumé).

Une femme de 66 ans est hospitalisée le 5 novembre 1945.

Quelques jours auparavant, elle avait ressenti des douleurs abdominales peu intenses accompagnées de vomissements et d'un arrêt des matières et des gaz.

Diagnostic : occlusion intestinale aiguë.

Examen le 5 décembre 1945. Léger ballonnement abdominal. Voussure à gauche de l'ombilic. Pas de masse perceptible. Pas de hernie. Rien au toucher rectal. Pas de signes urinaires.

Images hydroaériques à la radiographie.

Opération 12 heures après son admission. Laparotomie médiane gauche sous-ombilicale. Une anse grêle de 12 à 15 cm disparaît dans l'espace prévésical à droite. Incision du collet qui est fibreux et mesure 2 cm. Libération de l'anse. Le sac, profond de 10 cm, adhère à la graisse prévésicale. Suture de l'orifice. Fermeture de la paroi.

Guérison.

OBSERVATION n° 36. — Hojensgard 1946 (résumé).

Malade de 44 ans hospitalisé pour appendicite. Depuis un an et demi, petits troubles digestifs et vomissements.

Incision au Mac-Burnay. L'appendice et le calcum sont normaux. Découverte d'une hernie supra-vésicale.

OBSERVATION n° 37. — Miller 1947 (résumé).

Un homme de 60 ans est hospitalisé le 3 septembre 1946 pour un syndrome occlusif datant de 5 jours. Il n'y a pas de troubles urinaires.

Hospitalisation 3 mois et demi avant pour ulcère duodénal.

L'examen est négatif. Les orifices herniaires sont normaux.

Au toucher rectal, on sent en avant du rectum une masse molle, indéfinissable sur le côté gauche de la vessie (aucune interprétation n'est faite).

Diagnostic : occlusion intestinale due probablement à une hernie interne.

La radiographie ne montre rien.

Laparotomie médiane droite. Pas de liquide. Les anses jéjunales sont dilatées, les anses iléales collabées. L'exploration permet de sentir au fond du bassin une masse située dans la région vésicale.

Agrandissement d'incision jusqu'à la symphyse. L'anse est incarcérée dans un orifice large de 3 cm à gauche de l'ouraque dans la fosse supra-vésicale. Le sac, profond de 5 cm, placé dans le tissu extrapéritonéal adjacent au trou obturateur, permet de le palper. L'anse, mesurant 20 cm, fut libérée. L'orifice fut fermé au catgut et le sac laissé en place.

Guérison et sortie le 5 octobre 1946.

OBSERVATION n° 38. — Blutghen 1949.

Un homme de 65 ans fut hospitalisé le 1^{er} décembre 1948 pour appendicite.

Antécédents : Pneumonie en 1893.

Depuis deux ans, maladie de cœur bien compensée.

Rien par ailleurs.

Depuis 14 jours, il était gêné par les gaz et légèrement constipé. Dans la nuit du 30 novembre 1948, il ressentait soudain de violentes douleurs abdominales associées à un arrêt des matières et des gaz. Le ventre était ballonné.

Le matin du 1^{er} décembre 1948, apparition de nausées et vomissements. Le médecin appelé trouve une défense dans le bas de l'abdomen et pose le diagnostic d'appendicite.

A son entrée, état général satisfaisant, mais aucun changement dans la symptomatologie.

A l'examen, la tête, le cou, le thorax, les extrémités sont normaux. Le ventre est ballonné dans son ensemble, tendu, sensible à la pression, surtout dans l'hypogastre, la fosse iliaque et le flanc droit. Il existe une légère défense paraoombilicale. Il n'y a pas de bruits hydroaériques.

La prostate et le rectum sont normaux au toucher rectal. Légère douleur au Douglas.

Les orifices herniaires sont normaux.

Opération. Incision médiane inférieure gauche vers le haut. Dès l'ouverture, éruption des anses dilatées. Exploration de la cavité abdominale et découverte, en bas et à gauche, d'une tumeur grosse comme un poing, dont la nature est inconnue.

Agrandissement de l'incision jusqu'à la symphyse. On se trouve en présence d'une anse grêle qui, à la manière d'une hernie de Littré, est comprimée dans une poche tout à côté de la vessie. L'intestin est libéré et réséqué sur la longueur d'un petit doigt. Ensuite inspection de l'orifice dans lequel s'est incarcérée l'anse : il mesure 2 cm et une sonde passée par lui pénètre dans le sac de 5 à 6 cm s'étendant en arrière et à gauche.

Fermeture de l'orifice et du péritoine. Fermeture de la paroi.

Guérison.

OBSERVATION n° 39. — Olivier et Blondeau 1951 (résumé).

M. V., 54 ans, est hospitalisé pour un syndrome occlusif datant de 4 jours.

L'interrogatoire révèle l'absence presque complète d'antécédents digestifs, des hémorragies d'origine vraisemblablement hémorroïdaires, un amaigrissement de quelques kilogrammes depuis un an.

L'examen physique montre un abdomen uniformément distendu. Il existe une volumineuse hernie inguinale gauche, facilement réductible sans douleur. Au toucher rectal, des hémorroïdes et une masse lisse, régulière, renittente rempissant en partie le Douglas.

Sur le cliché radiographique sans préparation, se dessinent des images d'anses grêles distendues qui plaident en faveur d'une occlusion iléale. Au cours du lavement baryté, un arrêt transitoire se manifeste au niveau du sigmoïde ; par la suite, le passage se fait bien.

Opération. Incision médiane. Dans le pelvis, découverte d'une hernie sous-péritonéale de l'ilion, étranglée dans une fossette située sur le dôme vésical.

L'orifice herniaire s'ouvre transversalement en gueule de four à la face supérieure de la vessie. Le sac descend en besace entre la base de l'organe et le péritoine antérieur du Douglas, arrivant presque au fond de celui-ci. Libération de l'anse. Fermeture de l'orifice par un surjet.

Guérison.

Une cystographie et une cystoscopie n'avaient rien montré.

OBSERVATION n° 40. — Olivier et Blondeau 1951 (résumé).

Un homme de 63 ans est hospitalisé pour un syndrome occlusif datant de 2 jours.

L'interrogatoire apprend que le malade a été traité pour Tabès, il y a deux ans. Il souffre depuis deux ans de diarrhée chronique avec tenesme rectal. A plusieurs reprises, il avait eu du sang dans les selles au cours de la défécation.

L'état général est altéré. L'inspection montre une augmentation du volume de l'abdomen avec voussure médiane. Quelques ondulations péristaltiques dans la région préombilicale. Tympanisme. Bruits hydroaériques. Hémorroïdes au toucher rectal.

Sur les clichés radiographiques sans préparation, plusieurs zones hydroaériques, centrales, étagées, typiques d'une occlusion basse du grêle. Le lavement baryté marque dans sa progression un court arrêt à la jonction recto-sigmoïdienne.

Intervention. Rachianesthésie. Incision médiane à cheval sur l'ombilic. Les anses grêles sont dilatées et disparaissent dans un anneau légèrement fibreux situé à la partie postérieure du dôme vésical. L'anse de 10 cm est libérée. L'exploration du sac montre un diverticule péritonéal profond de 12 à 15 cm rétro et latéro-vésical gauche. Fermeture de l'orifice par un surjet.

Guérison.

OBSERVATION n° 41. — Goldschmidt, d'après Barnes et Drayer.

Goldschmidt se souvient avoir traité un malade pour rétention d'urine et douleurs.

Opération. Incision supra-pubienne. Mise en évidence d'un sac près de la vessie, contenant une anse grêle. Libération. Fermeture.

Guérison et disparition des symptômes urinaires.

OBSERVATION n° 42. — Barnes et Drayer 1953.

Un homme de 68 ans est examiné pour la première fois le 21 janvier 1951.

En 1947, il eut une crise douloureuse abdominale basse à début brutal, avec envie intense d'uriner, difficulté lors des mictions et pollakiurie. Cette crise dura 12 heures.

Jusqu'en septembre 1950, il ne ressentit plus rien. A cette époque, les crises deviennent plus fréquentes et s'accroissent.

Le 21 janvier 1951 au matin, apparition de violentes douleurs abdominales avec difficultés pour uriner. Il n'y avait ni vomissements, ni arrêt des matières et des gaz.

Examen. Pouls 90. Respiration normale. L'abdomen est faiblement ballonné au centre. A la palpation, souplesse de l'hypogastre, la vessie n'est pas palpable. Au toucher rectal, la prostate est un peu grosse. Au-dessus et à droite de celle-ci, on sent une petite masse molle, unie, souple. Un sondage ramène des urines claires. Le toucher rectal répété ne montre rien de plus.

Durant les 12 heures suivantes, les douleurs augmentèrent et le malade commença à vomir.

Il fut hospitalisé le 22 janvier 1951.

Examen : Langue sèche et rôtie.

Ballonnement abdominal central et défense dans l'hypogastre.

Pas de hernie.

Rien de nouveau au toucher rectal.

Globules blancs : 6 500.

La radiographie met en évidence un intestin grêle dilaté et des niveaux liquides multiples.

Un lavement ne provoque aucune évacuation.

Diagnostic préopératoire : occlusion intestinale par hernie interne probable. Les signes urinaires et les résultats du toucher rectal ne sont pas interprétés.

Opération. Incision para-médiane gauche. L'intestin grêle est dilaté. Une anse est incarcérée dans un orifice situé dans la fosse supra-vésicale droite. Incision du bord du collet et libération de 20 cm d'intestin. Le sac herniaire adhère

fortement à la paroi latérale de la vessie et est immobile. L'orifice herniaire admet 3 doigts. Il est fermé à points séparés. Fermeture de la paroi.

Guérison et disparition des symptômes urinaires.

OBSERVATION n° 43. — Pearce et Lalove 1954.

Un homme de 62 ans est admis à 7 h 30, le 10 janvier 1946, pour douleurs abdominales diffuses et vomissements.

Il était bien portant jusqu'en décembre, quand un soir, après son repas, il ressentit de violentes douleurs abdominales qui durèrent six heures. Jusqu'au 6 janvier, il allait bien. Un épisode semblable se produisit alors : les douleurs étaient surtout hypogastriques.

Le 9 janvier, même chose mais quelques heures plus tard, il vomit pour la première fois. Les douleurs persistèrent toute la nuit.

Dans les antécédents, il faut noter une hernie inguinale bilatérale depuis vingt ans. En 1938, il fit une chute sur le périnée pour laquelle il fut hospitalisé pendant un mois. Il n'y avait pas d'autre détail sur cet accident.

A l'examen, le malade est déshydraté. L'abdomen est ballonné, tendu. Les anses intestinales sont apparentes. Péristaltisme. Les deux hernies sont réductibles, il existe une hernie crurale à droite.

4 600 000 globules rouges — 14 000 leucocytes — 88 % de polynucléaires neutrophiles — 12 % de lymphocytes.

Les urines sont normales.

Diagnostic : occlusion intestinale du grêle.

Il fut mis en aspiration. Perfusion intraveineuse de sérum.

Opération 10 janvier. L'exploration de la hernie crurale ne montre rien. Incision abdominale basse. L'intestin grêle dilaté à 60 cm de la valvule iléo-caecale pénètre dans l'espace prévésical. Des adhérences sont notées, expliquées par le traumatisme ancien. Le collet de 2 cm, situé près du sommet de la vessie, permet de pénétrer dans un sac de 8 cm placé tout entier dans l'espace prévésical. La hernie fut réduite et le sac excisé. Le collet fermé. Une iléostomie fut mise en place pour aspirer le liquide en excès dans l'intestin puis fermée.

Fermeture de la paroi.

Trente-six heures après, le malade se levait. Le 15 janvier, il mangeait et le 24 il sortait de l'hôpital.

Une cystoscopie ne montra rien.

OBSERVATION n° 44. — Rousset (résumé).

Homme de 68 ans, porteur d'une hernie inguinale directe droite est hospitalisé le 7 janvier 1955 pour syndrome occlusif.

Aucun antécédent. Pas de signes urinaires.

A l'examen, l'abdomen est ballonné avec une douleur dans la région sous-ombilicale. La hernie est tendue, mate, douloureuse, mais réductible.

Opération. Herniolarotomie élargie. Un orifice péritonéal, un peu au-dessus de la réflexion du péritoine vésical sur le péritoine pariétal, est situé entre l'ouraque et le repli péritonéal soulevé par les artères ombilicales. Il est circulaire et fibreux. Le sac plonge verticalement dans l'espace de Retzius et est profond de 7 cm.

Suture de l'orifice par 2 points. Réfection de la paroi inguinale.

Guérison.

OBSERVATION inédite d'un malade opéré par le Docteur MAZINGARBE.

M. l'Abbé C..., âgé de 60 ans, est hospitalisé d'urgence le 5 septembre 1954 avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë.

Depuis plusieurs semaines, le malade présentait des coliques intermittentes avec état nauséux, difficultés d'émission des gaz, tous phénomènes qu'il rapportait à une hernie inguinale droite difficilement réductible et mal contenue par un bandage herniaire.

Depuis dix jours, les troubles paraissent s'accroître notablement. De véritables crises douloureuses, à type de torsion, siégeant dans la région sus-pubienne droite survenaient par poussées.

Plusieurs vomissements bilieux avaient marqué l'acmé de ces crises.

Quelques troubles de la miction sont signalés par le malade, en particulier chaque poussée douloureuse s'accompagne d'une envie impérieuse d'uriner avec dysurie.

A l'examen, on note un ballonnement abdominal diffus avec des zones tympaniques ; quelques ondulations péristaltiques.

A droite, une hernie inguinale directe et réductible mais la région interne du collet est douloureuse.

Le pouls est accéléré à 110.

La température à 37°8.

Le toucher rectal ne montre qu'une distension du cul-de-sac de Douglas.

Un examen radiologique montre des signes d'occlusion du grêle sans particularité.

L'intervention est décidée avec le diagnostic de hernie compliquée : étranglement par un anneau interne ou réduction en masse d'une hernie.

Anesthésie générale : Penthotal. Curare.

Incision inguinale.

Le sac herniaire est ouvert et est vide. On aperçoit plusieurs anses grêles distendues et l'on poursuit la laparotomie vers le haut, réalisant une hernio-laparotomie.

Le malade étant mis en trendelenbourg léger, l'exploration montre l'incarcération d'une anse grêle dans un orifice situé en avant et au-dessus de la vessie entre la ligne médiane en dedans et la saillie de l'artère ombilicale en dehors. Cet orifice est limité en arrière par un collet en forme de croissant à bord induré, fibreux.

On sectionne le collet en arrière. L'intestin est libéré, l'étranglement est relativement peu serré. L'anse revient vite avec les moyens habituels.

Le trajet herniaire est alors exploré. Sa profondeur est de 4 cm environ. Il s'engage derrière le pubis dans la cavité de Retzius.

On pratique alors la suture de l'orifice par plusieurs points séparés de nylon prenant le collet en arrière et en avant largement le péritoine, le fascia transversalis et s'appuyant sur la face postérieure de la paroi abdominale.

On termine par la cure de la hernie inguinale et la réfection du canal.

Les suites opératoires sont des plus simples.

OBSERVATION inédite d'une malade opérée par le Docteur TRONC.

Mme C..., opérée le 12 octobre 1954.

Diagnostic : hernie inguinale droite douloureuse depuis quelques jours, connue depuis des années.

Voie inguinale.

On trouve après ouverture du canal inguinal une masse grasseuse du type d'un faux sac d'une hernie directe et située au-dessus de l'orifice inguinal superficiel. Il existe un pédicule qui se recourbe en dedans et qui plonge juste au-dessus du pubis. L'ensemble est situé très en dedans de la fossette inguinale interne sans rapport avec elle.

Il s'agit d'un sac à trajet supra-vésical et dont la base est desséchée jusqu'au voisinage de l'ouraque. Sac vide. Résection.

Fermeture simple du grand oblique en paletot au-devant de l'orifice inguinal superficiel.

Agrafes.

RAPPEL ANATOMIQUE

La fosse supra-vésicale est une surface triangulaire limitée latéralement par les replis du péritoine pariétal antérieur, soulevée à droite et à gauche par les artères ombilicales oblitérées et devenues fibreuses. Sa limite supérieure est représentée par le sommet de l'angle formé, au niveau de l'ombilic, par la jonction de ces deux replis. Sa limite inférieure enfin, plus floue, correspond à la zone de réflexion du péritoine allant de la paroi abdominale antérieure à l'union des faces supérieure et postérieure de la vessie.

Du sommet de la vessie à l'ombilic s'étend l'ouraque soulevant un repli péritonéal, souvent appelé repli ombilical médian. Il divise la fosse supra-vésicale en deux moitiés droite et gauche. Les deux fossettes ainsi formées s'appellent les fossettes inguinales internes.

La limite inférieure de cet espace varie de forme et de profondeur suivant l'état de réplétion de la vessie. Lorsque celle-ci est vide il n'y a pas de cul-de-sac prévésical. Lorsqu'elle est pleine, au contraire, par suite de l'expansion inégale des parois vésicales et la couture de l'ouraque consécutive, le péritoine, adhérant fortement à la paroi supérieure de la vessie et à la face postérieure de l'ouraque, forme un cul-de-sac d'autant plus prononcé que la vessie est plus pleine.

Le cul-de-sac prévésical est en rapport en bas avec la cavité de Retzius. Sa limite inférieure est représentée par les ligaments pubo-vésicaux. Sa paroi antérieure est constituée par la symphyse pubienne, le pubis, la partie antérieure de l'obturateur interne et le plancher pelvien ; au-dessus par le fascia transversalis recouvrant la face profonde de la paroi abdominale. Comme limite postérieure il a le fascia ombilico-prévésical triangulaire et contourné en demi-cône, tendu de l'ombilic à l'aponévrose pelvienne et à la gaine hypogastrique suivant une ligne courbe qui s'étend d'une grande échancre sciatique à l'autre et dont les bords latéraux s'unissent à la face profonde du péritoine, le long et en dehors des artères ombilicales. Son sommet est à l'ombilic. Il envoie latéralement deux récessus entre la paroi pelvienne et les angles postérieurs de l'aponévrose ombilico-prévésicale.

L'espace supra-vésical est en rapport direct avec l'intestin grêle et l'épiploon, le sigmoïde chez l'homme, l'utérus chez la femme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'orifice qui représente le collet du sac est situé dans la fosse supra-vésicale où il occupe une position variable, mais toujours plus près de la réflexion du péritoine antérieur que de l'ombilic. Dans la majorité des cas il est situé également entre le repli ombilical latéral et l'ouraque, parfois cependant plus près de l'ouraque dans un cas, plus près de l'artère ombilicale dans deux cas.

Il se trouve aussi bien à droite qu'à gauche.

Constitué par le péritoine devenu dur et fibreux, un de ses bords peut être constitué par l'ouraque ou l'artère ombilicale.

Ses dimensions sont à peu près constantes. Il mesure 1,5 à 2 cm de diamètre, rarement plus, le maximum observé ayant été de 4 cm. Il est en règle circulaire ou ovalaire parfois en gueule de four ou en croissant. Il regarde en haut et en arrière.

Le sac qui lui fait suite est constitué par le péritoine. Suivant sa direction nous pouvons classer les hernies supra-vésicales en deux grandes formes : antérieure et latérale.

La forme antérieure est la plus fréquente : 90 % des cas. Le sac, dans 75 % des cas, se dirige verticalement dans l'espace de Retzius où il est en rapport en avant avec la paroi abdominale et la symphyse par l'intermédiaire du fascia transversalis et, en arrière, avec la vessie ; il forme les hernies prévésicales. Dans 25 % des cas il est un peu oblique en dehors et en arrière évoluant dans les fosses sus-vésicales entre l'ouraque et le repli péritonéal de l'artère ombilicale (hernies paravésicales) ou alors intravésical (hernies intravésicales).

La forme latérale, 10 % des cas, voit évoluer le sac vers le pelvis en bas, en dehors et en arrière, sur les côtés de la vessie soit même vers le rectum. Au total 5 cas de hernies latérales dont 3 atteignent le rectum, allant presque jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Les dernières formes, de ce fait, peuvent être isolées comme des variétés rétro-vésicales.

Le sac mesure 4 à 10 cm de profondeur, sa grosseur varie de la taille d'une petite noix à celle d'une mandarine. Il adhère souvent aux tissus avoisinants et dans quelques cas il est le siège d'une réaction liquidienne.

Le contenu du sac est représenté par l'intestin grêle dans 42 cas et surtout l'ilcon, dans un cas par l'épiploon, dans trois cas par une masse graisseuse.

L'anse étranglée mesure 10 à 20 cm. Dans 38 observations elle est à peu près normale, simplement congestive, parfois le sillon d'étranglement est marqué au niveau du collet. Dans 4 observations l'atteinte est plus sévère : nécrose et sphacèle plus ou moins étendue, perforation allant de la grosseur d'un pois à l'incision de

l'anse. Dans tous les cas le maximum des lésions siège au niveau de la portion étranglée. Mais il semble que ces lésions ne surviennent pas très précocement.

Le mésentère est, en règle normale, légèrement hyperhémie, une seule fois thrombosé et infarci.

L'intestin en amont est dilaté, en aval il est collabé. Dans 5 cas, la cavité abdominale a été le siège d'une réaction liquidienne séreuse ; une seule péritonite consécutive à une perforation.

L'épiploon rouge, congestif et épaissi est mortifié dans sa portion étranglée.

Ainsi la variété de hernie supra-vésicale la plus fréquente est la hernie prévésicale. L'orifice siège dans la fosse supra-vésicale. L'étranglement est souvent peu serré et l'atteinte de l'intestin ne paraît pas être précoce.

ÉTIOLOGIE

Plusieurs facteurs semblent s'intriquer dans la formation de cette hernie :

— Des modifications congénitales. Il peut s'agir d'un sac déshabité, déterminé par l'interposition d'une anse intestinale au moment de la formation embryologique, dans lequel viendrait ultérieurement s'engager et s'étrangler une anse. L'association à d'autres hernies dans un tiers des cas et à une hydrocèle dans un cas, malgré l'âge souvent avancé des malades, peut faire évoquer une malformation congénitale due à un relâchement des muscles, aponévroses et viscères.

— Des modifications anatomiques préalables. Un accroissement inhabituel de la duplication du péritoine au bord du petit bassin associé à une proéminence des replis ombilicaux latéraux et médian, formerait une espèce de canal plus ou moins rigide. Cet accroissement de péritoine pourrait être favorisé par les mouvements physiologiques de la vessie ou par une atrophie localisée des tissus sous-jacents au cul-de-sac péritonéal ou enfin par l'hypotrophie de ces malades en plus ou moins bon état.

Comme facteur favorisant, il semble qu'il faille souligner le rôle de la poussée abdominale et des mouvements péristaltiques de l'intestin qui, dirigeant une anse vers le bas, la forcent à s'engager dans la poche ainsi formée.

Plus accessoirement la rigidité des structures environnantes faciliterait l'engagement.

Le problème se pose de savoir quel est le rôle d'un traumatisme antérieur dans la formation de cette hernie. Il ne semble pas que ce soit un facteur important ; peu d'observations relatent un tel fait. Pearce et Lalove signalent une chute sur le périnée 8 ans avant. Calabi et Gaïardoni : « Un homme de 60 ans eut, il y a un an, un choc dans le bas-ventre, suivi d'une miction et de violentes douleurs pendant plusieurs jours. Mais à la vérité, aucun renseignement valable ne peut étayer la possibilité d'un tel facteur. »

Presque tous les cas de hernies supra-vésicales sont observés chez l'homme. On ne la rencontre que dans 12 % des cas chez la femme.

L'âge d'apparition se situe volontiers après la cinquantaine, ceci dans 75 % des cas, le malade le plus jeune (22 ans) étant celui de Jaehne en 1907.

Un dernier point à signaler, c'est la rareté des cas dans les pays autres que les pays allemands et anglo-saxons. Il ne semble pas qu'il y ait de facteur géographique, racial, ou professionnel pour expliquer cela.

Il semble que, de la localisation de cette hernie, certains arguments pour expliquer la clinique puissent être tirés. Dans 30 % des cas il existe des signes urinaires. Le problème se pose de savoir s'ils sont l'apanage d'une forme déterminée. Si l'on reprend les observations, on constate que l'intervention a toujours mis en évidence une forme antérieure de hernie supra-vésicale. Pour les formes latérales et postérieures le problème est plus délicat. Il semble qu'il y aurait possibilité de troubles de compressions neurologique et vasculaire : Olivier et Blondeau signalent des hémorroïdes et des rectorragies d'apparition récente et l'intervention met en évidence une forme latéro et rétro-vésicale.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude des observations montre que trois cas seulement ont pu être diagnostiqués avant toute complication encore qu'ils ne l'aient été pour celui de D'All Acquo en 1907 au cours de la cure radicale de hernie inguinale bilatérale, pour celui de Blum en 1904 qu'assez fortuitement chez ce malade soigné depuis plus d'un an pour une blennorrhagie avec douleurs et brûlures à la miction : cas qui dut d'être rattaché à cette forme de hernie par l'examen cystoscopique montrant une masse animée de mouvements analogues au péristaltisme de l'intestin, enfin pour celui du docteur Tronc en 1954 au cours d'une cure de hernie inguinale droite devenue douloureuse depuis quelques jours, mais connue depuis des années.

En dehors de ces cas, toutes les hernies supra-vésicales observées dans la littérature l'ont été à la suite de complications nécessitant une intervention. L'étranglement d'une anse iléale ou d'un morceau d'épiploon comme dans le cas de Ring a partout marqué le début de la maladie.

Le début.

L'étranglement de la hernie supra-vésicale interne se manifeste par l'apparition de douleurs abdominales brusques accompagnées à plus ou moins brève échéance de vomissements en général abondants. L'arrêt des matières et des gaz survient après un temps variable (2 à 5 jours).

Un facteur intéressant à considérer est le mode de début de cette affection. Il se manifeste par des crises douloureuses séparées par des accalmies qui surviennent, habituelles, plus ou moins longues, plus ou moins répétées, laissant espérer une guérison spontanée. La durée de ce début est variable, 2 à 4 jours dans les observations de Brentano, Ashoff, Kaufmann, Watschugoff, Walker, Warvi et Orr, Miller, Olivier et Blondeau, parfois plus, 12 à 14 jours dans celles de Schiele, Berson, Bayer, Reich, Havage, Jaehne, Fromme, Blutghen et Mazingarbe.

Dans les antécédents il faut s'attacher à retrouver les crises douloureuses abdominales antérieures avec vomissements. Tantôt peu intenses et oubliées, tantôt très nettes. Elles peuvent remonter à 5 ou 6 semaines (Vogeler, Pearce et Lalove) à un an et demi (Hojensgard) à 3 ans (Grassmann) et même à 4 ans (Barnes et Drayer). Elles peuvent être cependant plus récentes réalisant alors un début en plusieurs temps, retrouvé dans plusieurs observations.

Ces crises subocclusives passagères retrouvées dans l'anamnèse représentent donc un élément très évocateur et prennent toute leur valeur en l'absence de toute intervention chirurgicale antérieure.

Les signes fonctionnels.

A côté de ce mode de début, quels sont les éléments du tableau clinique qui pourraient faire suspecter la variété de hernie interne ?

Les douleurs surviennent en général en premier ; leur intensité pas plus que leur irradiation n'ont de caractères typiques. Dans 2 observations elles ne sont que secondaires : Blum soigne son malade pour une blennorrhagie, Vogeler opère le sien pour une tumeur herniaire qui s'accroît progressivement. Leur siège, parfois sous-ombilical (Rousset), parfois typiquement sus-pubien (Kudrnac, Warvi et Orr, Barnes et Drayer), peut-être un peu latéralisé à droite (Blutghen, Mazingarbe) ou à gauche (Fromme) peut aider à déterminer l'emplacement de l'obstacle. Quant aux autres caractères, ils n'ont rien de particulier : le malade de Ring souffre couché et est soulagé debout, pour celui de Jaehne c'est l'inverse, celui de Berson enfin souffre dans la région ombilicale lorsqu'il se redresse et dans l'hypogastre lorsqu'il se penche.

Les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, n'ayant aucun caractère propre, ne sont pas à prendre en considération.

Par contre, plus évocateurs sont les signes urinaires que l'on retrouve dans 30 % des cas. Faits de pollakiurie, d'envies d'uriner, de tenesme, de brûlures et douleurs à la miction, ils peuvent être très importants, dominant alors le tableau comme dans l'observation de Goldschmidt où le malade présente une rétention d'urine, de Barnes et Drayer où les envies sont impérieuses et fréquentes, parfois plus légers nécessitant alors une recherche très attentive.

Isolés, ils n'ont aucune valeur comme le montre bien le cas de Blum. Il faut qu'ils apparaissent et disparaissent en même temps que les signes d'occlusion. Nous devons insister sur ce point : nous avons vu que cette hernie survient le plus souvent chez les individus ayant dépassé la cinquantaine et l'on sait, à cet âge, la fréquence des manifestations dysuriques. Aussi faut-il avant tout, pour les interpréter correctement, s'assurer de l'intégrité du tractus urogénital.

Ces réserves faites, les symptômes urinaires représentent un des éléments les plus importants parmi les signes fonctionnels de la hernie supra-vésicale. Et c'est à elle qu'il faut savoir penser lorsqu'à des signes d'occlusion du grêle s'ajoutent du tenesme vésical, des envies continuelles d'uriner avec miction peu abondante et douloureuse.

L'examen physique.

Aux termes de cette discussion fonctionnelle que peut-on attendre de l'examen physique ?

Le ventre est en règle ballonné. Mais ce ballonnement n'indique rien, peu important, considérable dans 3 cas, il n'est pas localisé.

Les ondulations péristaltiques existent dans la moitié des cas, mais sans point de départ précis, sans direction déterminée, sans localisation donnée. Une fois cependant, elles se trouvent dans la partie inférieure de l'abdomen (Stalker et Gray).

La palpation confirmera parfois le siège bas de l'obstacle. Elle

permet de réveiller fréquemment la douleur au-dessus du pubis (Rousset). Elle peut mettre en évidence une tension du muscle droit sous-ombilical, parfois nettement hypogastrique (Grassmann, Warvi et Orr, Kudrnac, Barnes et Drayer) à peu près symétrique, parfois un peu latéralisée : Berson perçoit « une tension du muscle droit abdominal droit et quelques spasmes un peu plus bas ».

Encore ces signes sont-ils inconstants. Mais l'examen ne doit pas pour autant en être négligé, car il peut apporter, à condition d'être correctement interprété, des renseignements de haute valeur. C'est ainsi que deux observations apportent des précisions qui, cependant, n'aident en rien au diagnostic : Ashoff perçoit, « au-dessus de la symphyse une résistance large, diffuse avec matité relative », Grassmann « Dans la partie inférieure droite de l'abdomen, perception d'une tumeur, régulière, élastique, tendue, du volume d'un petit poing ».

L'examen des orifices herniaires montre dans 30 % des cas une hernie inguinale. Il doit être fait très soigneusement pour ne pas égarer le diagnostic. Parfois même, mais très rarement et d'interprétation difficile, il peut apporter quelques renseignements. C'est ainsi que Vogeler perçoit à travers l'anneau inguinal une petite tumeur au-dessus de celle qui sortait ; cette tumeur à l'intervention est une hernie supra-vésicale.

De l'examen de l'abdomen, il y a donc peu de choses à attendre en raison de l'inconstance et la non-spécificité de tous ces signes. D'un autre côté, cet examen peut être négatif (Fromme, Miller).

Le toucher rectal doit être fait systématiquement, comme dans toutes occlusions, d'une part, pour éliminer toutes causes de troubles urinaires et leur donner ainsi leur pleine valeur, d'autre part, à la recherche de signes positifs. Il faut le faire avant et après sondage de la vessie.

« La présence d'hémorroïdes n'est peut-être pas à négliger. Dans nos deux observations elles s'associaient à des rectorragies récentes et mériteraient peut-être, à l'avenir, de mieux évoquer chez un homme le siège pelvien de l'occlusion », Olivier et Blondeau.

D'une façon générale, le toucher rectal ne donnera que peu de renseignements. Il faut, en effet, que la tumeur formée par le sac et son contenu se trouve sur les faces latérales et postérieures de la vessie : or, ceci ne représente que 10 % des cas.

Miller signale, mais sans y prêter plus attention, « une masse molle, indéfinissable devant le rectum, sur le côté droit de la vessie ». Olivier et Blondeau perçoivent dans un de leurs cas « une masse régulière, renittente, douloureuse, remplissant en partie le cul-de-sac de Douglas ». Barnes et Drayer sentent « une prostate un peu augmentée de volume et, à droite de la vessie, une petite masse molle, unie et souple ». Tous signes qui, associés aux symptômes fonctionnels, doivent permettre de faire penser à la possibilité d'une hernie interne supra-vésicale.

Le toucher vaginal peut, lui aussi, présenter quelques intérêts dans cette affection basse du petit bassin. Kaufmann signale « à côté de l'orifice inguinal interne droit une résistance arrondie et mobile ».

Chez les malades présentant des signes urinaires, il paraît logique de pratiquer une cytoscopie. Si, chaque fois qu'elle a été faite, elle a été négative, c'est elle qui a permis à Blum d'apercevoir une masse animée de mouvements analogues aux mouvements péristaltiques de l'intestin. Elle pourrait donc permettre d'explorer la vessie et de voir toutes causes de compression.

L'examen radiologique.

Seulement 10 observations rapportent les résultats d'une enquête radiologique.

Deux fois la radiographie sans préparation de l'abdomen ne donne aucun renseignement. Dans les huit autres elle montre des images hydroaériques situées au niveau de l'intestin grêle confirmant ainsi le diagnostic d'occlusion iliale sans pour cela apporter de précision sur le siège de l'obstacle. Ceci tient au fait que sept fois la prise des clichés a été tardive, au moins au quatrième jour. Il semble donc nécessaire de pratiquer la radiographie le plus précocement possible pour mettre en évidence avant toute distension généralisée intestinale, la situation basse pelvienne de la dernière anse dilatée. C'est ainsi qu'Olivier et Blondeau signalent sur les clichés pris au deuxième jour des zones hydroaériques, centrales, étagées, typiques d'une occlusion basse du grêle.

Le lavement baryté, s'il élimine un obstacle siégeant sur le gros intestin, ne paraît pas pouvoir apporter d'éclaircissement bien qu'il faille signaler l'arrêt passager de la baryte à la jonction rectosigmoïdienne des observations d'Olivier et Blondeau. Ce signe mériterait à l'avenir d'être recherché comme signe indirect en faveur de l'étranglement de la hernie supra-vésicale.

Nous voyons donc que le diagnostic du siège de l'étranglement est difficile. La condition essentielle paraît être la précocité de prise des clichés. Il est nécessaire de multiplier les incidences surtout profil et Trendelenbourg, position qui permet au gaz de se collecter vers le petit bassin en s'aidant même à l'occasion d'une cystographie sur les clichés de profil. La possibilité d'un transit intestinal en introduisant directement par sonde la baryte ou les produits de contraste iodés se discute devant l'état du malade et le retard qu'elle peut apporter à l'intervention.

Aux termes de cette discussion, le diagnostic de la hernie supra-vésicale interne reste difficile. Devant un mélange de signes d'occlusion du grêle associés à certains symptômes urinaires on pourrait évoquer le diagnostic qui serait étayé par la recherche de certains signes physiques, de l'anse au toucher rectal ou vaginal, par un examen radiologique pratiqué tôt sous incidences spéciales avec cystographie qui pourrait peut-être permettre de préciser le siège bas de cette occlusion.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il en est autrement lorsque aucun de ces signes ne vient étayer le diagnostic. Les erreurs sont alors multiples. Jaehne pense à une appendicite ou à une péritonite, Blutghen et Berson à une appendicite aiguë. Dans les autres cas le diagnostic a presque toujours été : occlusion intestinale aiguë de causes indéterminées.

Pratiquement le diagnostic se pose avec toutes les causes d'occlusions intestinales et surtout les occlusions pelviennes :

Les Brides : s'assurer avant tout de l'existence ou non d'une intervention abdominale antérieure.

Toutes les tumeurs du grêle et les rétrécissements.

L'ileus biliaires.

L'invagination intestinale chez l'adulte.

Les autres hernies internes et surtout celles du pelvis :

- Hernies des fossettes appendiculaires ;
- Hernies sigmoïdiennes ;
- Hernies pectinéales étranglées ;
- Hernies à travers le ligament large ;
- Hernies crurales et ischiatiques.

Un diagnostic souvent difficile du fait de l'association dans 30 % des cas avec une hernie inguinale est le diagnostic de l'étranglement de celle-ci. Souvent l'intervention a été faite en rapportant les phénomènes douloureux et occlusifs à l'existence d'une complication au niveau de celle-ci. En fait, à un examen attentif, si elle est dure, tendue et mate à la percussion, parfois douloureuse au niveau de son collet, elle est toujours réductible. Ce dernier caractère doit donc faire éliminer la possibilité d'une hernie inguinale étranglée.

Enfin, il faudra éliminer toutes lésions urogénitales par le toucher rectal, l'examen urinaire et la cystoscopie si elle est faisable.

TRAITEMENT

A l'intervention en dehors des cas où l'ouverture de l'abdomen est dictée par un diagnostic préopératoire, plusieurs voies d'abord ont été utilisées : incision transrectale au-dessous de l'ombilic (Warvi et Orr), au bord externe du droit (Kaufmann), paramédiane gauche (Barnes et Drayer), laparotomie médiane droite (Miller), médiane gauche (Downing). Chaque fois l'incision a dû être agrandie et parfois même le chirurgien a été obligé d'en faire plusieurs : Blum fait une laparotomie médiane sus-ombilicale, puis une incision inguinale droite et enfin une incision médiane sous-ombilicale.

En fait, toutes ces voies nécessitent la connaissance certaine du côté de la hernie. Elles doivent donc être remplacées par la laparotomie médiane sous-ombilicale qui permet une exploration complète des deux côtés.

En cas d'association à une hernie inguinale, il paraît justifié de faire une herniolaparotomie qui pourra ensuite être élargie si les conditions l'exigent.

A l'exploration, l'attention est attirée d'emblée pour les anses dilatées. C'est en les suivant que l'on aboutira à un orifice situé dans la fosse supra-vésicale de Waldeyer, conduisant dans un cul-de-sac en contact avec les canaux inguinal, crural ou ischiatique. Ceci, à un examen rapide, pourrait faire penser à une autre variété de hernie.

Le collet du sac est abordé en arrière. Il faut sectionner son bord postérieur ou externe pour libérer le sac et son contenu.

L'intestin, une fois libéré, est examiné. Comme nous l'avons vu, l'atteinte est tardive et généralement il revient bien sous les moyens habituels. Six résections ont été faites.

Quant au sac, le mieux serait de le réséquer. Mais cela n'a été possible que dans 5 cas. En fait, il y a presque toujours impossibilité de le faire, aussi doit-on se contenter de faire une simple obturation de son orifice.

La suture de l'orifice peut se faire par un point en bourse, mais le mieux est de la faire par plusieurs points séparés prenant le collet en arrière et en avant largement le péritoine, le fascia transversalis et s'appuyant sur la face postérieure de la paroi abdominale.

Enfin, s'il existe une hernie, il faut faire la cure herniaire et la réfection du canal.

PRONOSTIC

Les résultats thérapeutiques sont difficiles à interpréter du fait de l'espacement des observations sur plus de 100 ans, les conditions d'intervention à des dates si éloignées étant très différentes.

D'une façon générale, aucune récurrence n'a été signalée. Sur les 46 malades, en dehors des 6 décédés avant toute intervention, tous les autres ont été opérés. Parmi ces derniers, on compte 33 guérissons et 7 morts.

Plus de la moitié des malades opérés et guéris ont dépassé la cinquantaine. Tous ont été opérés avant le quatrième jour après leur hospitalisation, sauf 3 dont 2 au sixième jour (Schiele et Jaehne) et 1 au septième jour.

Maintenant, si l'on reprend les observations des malades décédés, une constatation s'impose, c'est qu'ils ont tous été opérés tardivement : après le sixième jour. Cependant, il ne fait pas de doute que la résistance du sujet intervienne : deux des opérés sont morts à la suite de complications pulmonaires et cardiaques.

Six malades ont subi une résection intestinale. Tous ont guéri.

Ainsi le pronostic de la hernie supra-vésicale est fonction avant tout de la précocité du diagnostic et de l'intervention, l'âge n'étant pas un facteur suffisant pour expliquer la mortalité.

CONCLUSION

Deux observations de hernies supra-vésicales internes, confiées à nous par les docteurs Mazingarbe et Tronc, chirurgiens à Montargis, nous ont paru intéressantes à rapporter et nous ont permis de reprendre l'étude de cette variété rare de hernie interne.

44 observations ont été colligées dans la littérature mondiale auxquelles nous apportons les deux nôtres. Parmi celles-là, 40 ont été publiées à l'étranger, 4 seulement ont été rapportées en France.

Comme caractères principaux, la variété la plus fréquente est la forme antérieure. C'est une hernie qui survient chez l'homme ayant dépassé la cinquantaine, fréquemment associée à une hernie inguinale.

En dehors des cas où cette hernie est découverte à l'intervention au cours de la cure d'une hernie inguinale non compliquée, elle se présente cliniquement sous le tableau d'une occlusion intestinale aiguë du grêle. Certains caractères particuliers peuvent attirer l'attention et faire suspecter le diagnostic : l'existence de crises abdominales antérieures en l'absence d'intervention chirurgicale, la douleur basse suspubienne, la découverte d'une tension des muscles droits au-dessus du pubis ou d'une tuméfaction perceptible dans la région hypogastrique, l'association à des troubles urinaires, une parfaite réductibilité de la hernie inguinale associée.

Le toucher rectal peut permettre la découverte d'une masse pelvienne.

L'examen radiographique, rarement pratiqué, pourrait avec certains artifices, au début, mettre en évidence l'anse.

Le diagnostic n'a jamais été fait.

Le traitement se bornera à débrider le sac et à suturer l'orifice herniaire.

L'étranglement étant généralement peu serré, le pronostic de cette variété de hernie interne est favorable. Les lésions de névrose intestinale sont tardives malgré la durée antérieure et la répétition des crises douloureuses.

BIBLIOGRAPHIE

- ASHOFF - Berliner Klinik 1896, 100, pp. 01-28.
AIMES-FRANCHEBOIS et BAUMEL - Montpellier chirurgical 1954, 6, pp. 373-375.
BARNES et DRAYER - British Journal of surgery 1953, 40, pp. 508-509.
BAYER - Zentr. f. Ch. 1922, 49, pp. 671-673.
BEEK - Guthnic Clinic Bulletin 1953, 32,2 p. 133.
BELU - Zentralblatt für Chirurgie 1926, 53 pp. 1124-1125.
BERSON - Am. j. of surgery 1943, 59, pp. 123-125.
BLUM - Wiener Klinik Wochenschrift 1904, 17, pp. 209-212.
BLUTGHEN - Zentr. f. Chir. 1949, 74, p. 1256.
BRENTANO - Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin Leipzig 1894.
CALABI et GAIARDONI - Policlinico 1903, 10, p. 25.
CESTMIR - Casop. Lek. Cesk. 1928, 67, pp. 316-318.
D'ALL ACQUE - Clinica Chirurgica 1907, 15, pp. 301-346.
DE GRINOCOLI - Zentr. f. Chir. 1923, 31, p. 1204.
DOWNING - Am. J. of surg. 1945, 69, pp. 260-261.
FINSTERER - Med. Klinik 1937, 190, pp. 553-569.
FROMME - Deutsche Zeitsch. f. Chir. 1908, pp. 365-371.
GRASSMANN - Arch. f. Klinik Chir. 1943, 205, p. 291.
HAVAGE - Bulletin de la Société Anatomique de Paris 1878, 53, pp. 556-561.
HOJENSGARD - Nordisk Med. 1946, 30, pp. 1037-1040.
JAEHNE - Bruns Breit. f. Klin. Chir. 1907, 56, pp. 439-447.
KAUFMANN - Inauguration Disses Breslau 1897.
KLEBS - Handbuch d. path. Anat. 1869, 1, p. 214.
HOCHAJ et WOLFF - Polsk Gaz. Lek. 1934, 13, pp. 356-357.
KRAMARENKO - Novy Khir. Arkhiv. 1934, 30, pp. 531-547.
KRONLEIN - Arch. f. Klin. Chir. 1875, 19, pp. 408-420.
KUDRNAC - Zentr. f. Chir. 1826, 53, pp. 88-89.
LINHART - Vorlesungen über Unterleibs-Hernien 1866.
LUPO - Gior. internaz. de sc. med. 1881, 3, pp. 1288-1291.
LUTTELMANN - Inauguration Disses Breslau 1919.
MARCONI - Clinica Chirurgica 1895, 3, pp. 99-112.
MAYDL - Die Lehre von Unterleibsbrüchen Vienne 1896.
MILLER - British j. of surg. 1947, 35, pp. 84-85.
OLIVIER et BLONDEAU - Presse médicale 1951, n° 74, pp. 1552-1553.
OVNATJAN - Novy Khir. Arkhiv. 1935, 34, p. 409.
PAICK - Arch. f. Klin. Chir. 1937, 190, pp. 553-569.
POILLEUX - Science médicale pratique 1950, pp. 131-136.
POIRIER - Traité d'anatomie humaine.
QUENU - Occlusion intestinale 1952, p. 200.
REICH - B. Breit. f. Klin. Chir. 1909, 62, pp. 10-77.
RING - London med. Reposition 1814, 2, p. 204.
ROUSSET - Mémoires de l'Acad. de Chir., séance du 22 février 1956.
ROUVIÈRE - Traité d'anatomie.
STALKER et GRAY - Proc. Staff. meet. Mayo 1939, 14, pp. 321-324.
SCHIELE - Zentr. f. Chir., 53, pp. 1252-1254.
STEINKE - Arch. of Surg. 1932, 25.
TRNKA - Casop. Lek. Cesk. 1913, 52, p. 873.
VILLA et CARABALONA - Société de Chirurgie de Montpellier, 30 mai 1954.
VOGELER - Zentr. f. Chir. 1925, pp. 2690-2694.
VOLODARSKI - Novy Khir. Arkhiv. 1930, 80, Zentr. f. Chir. 1931, p. 246.
WAKELEY - Med. press and circular 1940, pp. 203-237.
WALDEYER - Wirschows arch. f. path. anat. 1874, 60, pp. 66-82.
WALKER - Ann. of Surg. 1933, 97, pp. 706-712.
WARVI et ORR - Surgery 1940, 8, p. 312.
WATSHUGOFF - Deut. Zeitsch. f. Chir. 1930, 230, pp. 342-344.
WEIL - Zeitsch. f. Arztliche Fortbildung 1913, 10, pp. 417-424.
WILDEGANS - Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie 1935, 23, p. 237.
WILMS - Deutsche Chirurgie 1906, 40, p. 401.

